FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREȘTI

No. 1901

CONTRIBUȚIUNI

LA

STUDIUL CHISTELOR DE OVAR IN SARCINĂ

TEZĂ

PENTRU

DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ LA 31 MARTIE 1923

DE

DORIN DUMITRESCU

INTERN AL SPITALULUI BRÂNCOVENESC.
ASISTENT AL LABORATORULUI DE MEDICINĂ OPERATORIE

BUCUREȘTI

TIPOGRAFIA CURȚII REGALE, F. GÖBL FII
19, STRADA REGALĂ, 19
1923

c. 3793

FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREȘTI

No. 1901

CONTRIBUȚIUNI

LA

STUDIUL CHISTELOR DE OVAR IN SARCINĂ

TEZĂ

PENTRU

DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ LA 31 MARTIE 1923

DE

DORIN DUMITRESCU

INTERN AL SPITALULUI BRÂNCOVENESC.
ASISTENT AL LABORATORULUI DE MEDICINĂ OPERATORIE

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

BUCUREȘTI

TIPOGRAFIA CURȚII REGALE, F. GÖBL FII
19, STRADA REGALĂ, 19
1923

c. 8793

INSTITUTUL MEDICO-FARMACEUTIC
BIBLIOTECA CENTRALĂ
Inv. 475 0.80

Decan: D-nul Prof. Dr. IONNESCU THOMA

PROFESORI TITULARI:

Clinica II-a chirurgicală	D-l Dr.	**Angelescu C.**
Chimia medicală	» »	**Athanasescu N.**
Clinica chirurgicală infantilă și ortopedie	» »	**Bălăcescu I.**
Anatomia patologică / *Bacteriologia și patologia experimentală*	» »	**Babeș V.**
Istologia normală și Istogeneza	» »	**Besnoca St.**
Medicina experimentală	» »	**Cantacuzino I.**
Clinica ginecologică	» »	**Daniel C.**
Clinica II-a medicală	» »	**Danielopol D.**
Anatomia topografică II	» »	**Gerota D.**
Farmacia chimică și galenică	» »	**Georgescu M.**
Clinica și teoria obstetricală	» »	**Gheorghiu N.**
Anatomia topografică I / *Clinica I chirurgicală*	» »	**Ionescu Th.**
Clinica III-a medicală	» »	**Ionescu D.**
Clinica III-a chirurgicală	» »	**Juvara E.**
Clinica boalelor căilor urinare	» »	**Jianu A.**
Farmacologia și materia medicală	» »	**Lalu S.**
Clinica boalelor oto-rino-laringologice	» »	**Mețianu N.**
Clinica boalelor nervoase	» »	**Marinescu Gh.**
Chimia analitică	» »	**Minovici St.**
Clinica infantilă	» »	**Manicatide M.**
Igiena și poliția sanitară	» »	**Mezinescu D.**
Medicina legală	» »	**Minovici M.**
Oftalmologia și clinica oftalmologică	» »	**Manolescu D.**
Clinica I-a medicală	» »	**Nanu-Muscel I.**
Clinica dermatologică și sifiligrafică	» »	**Nicolau St.**
Clinica mentală	» »	**Obregia Al.**
Fiziologia umană	» »	**Paulescu N.**
Patologia generală	» »	**Proca Gh.**
Anatomia descriptivă și embriologia	» »	**Rainer Fr.**
Zoologia medicală	» »	**Sihleanu St.**
Botanica medicală	» »	**Solacolu T.**
Patologia medicală	» »	**Thomescu I. Th.**
Tarapeutică clinică	» »	**Theohari A.**
Analiza alimentelor și băuturilor	» »	**Vintilescu I.**

PROFESORI AGREGAȚI:

Medicină operatoare	D-l Dr.	**Constantinescu C.**

JURIUL DE PROMOȚIUNE

Președinte: D-l Prof. Dr. **Gheorghiu N.**

Membrii { D-l Profesor Dr. **Constantinescu C.**
{ » Conferențiar Dr. **Butoianu Mih.**

Suplinitori: » Docent Dr. **Georgescu G.**

Facultatea consideră opiniunile expuse în această lucrare ca proprii ale autorului și nu are a exprimă, nici aprobare nici desaprobare.

CUVÂNT INTRODUCTIV

Chestiunea coexistenţei chistelor de ovar cu sarcina, influenţa nefastă ce-şi exercită reciproc, a preocupat de foarte multă vreme cercetătorii.

Evident că primele observaţii citate nu fac decât să amintească rezultatele dezastroase, încearcă timid să corecteze turburările concomitente prin manopere oarecum paliative, şi numai în urmă odată cu progresele chirurgiei abdominale, îndrăznesc să ia măsuri radicale ce duc în zilele noastre la dispariţia aproape desăvârşită a tuturor complicaţiunilor inerente coexistenţei mai sus citate.

Dacă odinioară atât vieaţa foetului cât şi a mamei erau mai totdeauna periclitate, dacă măsurile ce se luau pentru a preîntâmpina accidentele aproape inevitabile erau aproape egale în gravitate cu însuşi accidentele, azi inocuitatea procedeelor sau mai bine zis a procedeului, este unanim recunoscută şi ovariotomia abdominală, încercată întâiu timid în raport cu însuşi starea chirurgiei de atunci, îşi face loc de frunte în tratamentul chistelor de ovar şi sarcină fiind adoptată în unanimitate de majoritatea chirurgilor de azi.

Multiplicitatea complicaţiunilor ce pot apare în cazul de coexistenţă, sunt în totalitatea şi extrema lor varietate cunoscute pentru fiecare din perioadele sarcinei şi puerperalităţei; deasemenea şi modificările ce chistul poate să sufere. Totuşi după cât se pare nu s'a insistat suficient asupra extremei gravităţi ce aceste influenţe reciproce pot avea, faţă de aproape desăvârşită inocuitatea a tratamentului chirurgical care le preîntâmpină.

Terapeutica chirurgicală a urmat evoluţia logică tinzând

spre o perfecţionare neîncetată care astăzi a ajuns la maximum ca principiu, nu însă ca rezultate. Credem totuşi că variabilitatea rezultatelor este în funcţie cu însuşi momentul alegerei intervenţiei şi aci după cât se pare nu există un acord unanim.

Unii preferă intervenţia timpurie în primele săptămâni sau luni ale sarcinei, alţii recomandă din potrivă intervenţie în ultimele luni sau cât mai aproape de termen, ca viabilitatea foetului să nu fie compromisă şi compatibilă chiar cu o naştere prematură.

Am urmărit cu multă atenţiune ameliorarea rezultatelor obţinute dela 1901 când a apărut lucrarea lui Orgler şi trebue să constat că aceste modificări în bine se datoresc unui triplu element. Intâiu modificarea de tehnică datorită progreselor neîncetat realizate în arta chirurgiei, al doilea alegerea unei anestezii cu cât mai puţin răsunet asupra stărei generale, anestezie care în timpul din urmă tinde să devie rachistovainizarea, al treilea, oportunuitatea intervenţiei chirurgicale în primele luni ale sarcinei.

La aceste elemente se mai asociază o cât mai bună îngrijire post operatorie, îngrijire ce priveşte poate mai puţin viaţa mamei ce nu este în pericol, ci vieaţa foetului ce poate în anumite cazuri dificile să sufere.

Având ocaziunea să observ în serviciul D-lui Dr. Bardescu o serie de cazuri, şi urmărind punctul de vedere al tuturor în această chestiune, am căutat să analizez rezultatele obţinute, faptele noi ce numeroşii cercetători le-au ridicat şi să trag concluziunile logice pe cari le-am dorit cât mai precise.

Influenţa chistului asupra concepţiunei

Oricare ar fi situaţiunea, volumul, numărul şi raporturile chistului faţă de uter, oricare ar fi deviaţiunea şi tulburările imprimate uterului consecutiv prezenţei unei atari tumori, concepţiunea este legată sine qua non

de ovar, o părticică oricât de mică de parenşim ovarian susceptibilă să dea naştere unui folicul, este în teorie şi practică în majoritatea cazurilor suficient.

Se ştie în altă ordine de idei, că nici una din afecţiunile uterine ca metrită, fibrom, cancer, etc., nu este câtuşi de puţin susceptibilă să împiedice concepţiunea, cel mult să fie o circumstanţă relativ defavorabilă, mecanismul intim petrecându-se întâiu în ovar.

Totuşi s'ar putea întâmpla că o situaţie foarte vicioasă a uterului determinată de prezenţa chistului să fie un obstacol concepţiunei. Eventualitate rară fiincă nu are decât două posibilităţi: *a)* volumul enorm al chistului care implicit necesită intervenţiunea; *b)* existenţa simultană de procese aderenţiale inflamatorii determinate de chist ce fixează uterul într'o poziţie anormală.

Influenţa chistului asupra sarcini

Chestiunea este complexă. Sunt unii autori cari afirmă că chistul nu ar avea nici o influenţă asupra sarcinei (Heiberg, Péan), Chénieux este de aceeaşi părere când tumora nu este prea voluminoasă. Alţii cari menţionează o înrâurire evidentă. (Schröder, Limer). Burnes remarcase că sunt cazuri când chistul şi sarcina evoluează unul faţă de altul fără să reacţioneze, că sunt accidente grave ale chistului cari compromit şi vieaţa mamei şi a foetului, că însfârşit câteva cazuri mai fericite se mărginesc să compromită viabilitatea sarcinei.

Cert este că există foarte multe ovare chistice cari prin situaţia şi volumul la scapă observaţiei, nu produc în timpul sarcinei nici un incovenient. Totuşi corelaţiunea observată de Lawson Tait, Gilles şi Gay etc. între hemoragiile perzistente şi chistele de ovar, este foarte adevărată, cum se vede şi la cazurile noastre. Aceste metroragii observate în cazurile II, III, IV şi V au un caracter foarte accentuat, destul de rebele la tratament şi pot da naştere la erori de diagnostic.

In cazul II această eroare a avut o soluţie fericită datorită existenţei unui foet macerat.

Chistele mai mari mobile, urmează dezvoltarea uterului, eşirea lui din excavaţie, nu cauzează relativ nici un prejudiciu sarcinei, dovadă obs. I.

Voron şi Bouget citează de asemenea un caz unde în timpul travaliului s'a produs o reascensiune a chistului fără prejudiciu pentru mersul normal.

Dacă însă chistul este aderent în pelvis, dacă prin volumul său ajunge să ocupe loc şi în abdomen, atunci dă loc la accidente formidabile (Pozzi, Budin); fenomene de incarceraţie din partea uterului, o serie de tulburări foarte grave, cari dacă nu se intervine de urgenţă compromit nu numai viaţa foetului dar şi a mamei. In aceste cazuri cu foarte multă dreptate poate Reuter să afirme că nu se poate face paralelă între expectativa dezastroasă şi uşurinţa ovariotomiei.

Mai mult în caz de dezvoltare rapidă şi enormă a chistului se poate îngreuna enorm diagnosticul sarcinei.

Chistul dă loc la fenomene de compresie asupra organelor vecine; rect: constipaţie opiniatră, tulburări digestive, fenomene de ocluzie, (Hardy, Mouchet) sau volvulusul colonului; vezică: pollakiurie, fenomene de incontinenţă; ureter: uro şi pionefroză consecutivă.

Dacă la acţiunea chistului mai adăogăm şi acea a uterului atunci putem avea oedeme ale membrelor inferioare, al peretelui abdominal, ascită, fenomene respiratării, dispnee, etc.

Asupra uterului avem deviaţiuni, prolaps uterin, colul putând ajunge până la vulvă sau până la jumătatea coapsei (Doumairon).

Situaţia chistului anterior uterului poate să ne inducă în eroare asupra existenţii sarcinei cu atât mai mult cu cât femeia înşelată de perderile de sânge nu ne poate da decât informaţiuni inexacte.

Prezenţa chistului lângă uter, tracţiunile şi frecările continue pot deştepta contractilitatea fibrei uterine cu

avort sau facere prematură. Astfel Jetter din 215 cazuri a observat 21 avorturi, 15 faceri premature.

Puech și Vanverts amintesc ca sigură o întrerupere a sarcinii în 12.5% din cazuri.

Pozzi este de aceeaș părere, asemenea și noi în observația I relatăm un caz analog unde din fericire s'au putut opri fenomenele de contractilitate premature grație tratamentului cu morfină al lui Pinard.

Influența chistului asupra travaliului

Simpla prezență a chistului poate determina o facere prematură și numeroase sunt în literatură cazurile de acest fel. Cât despre influența chistului asupra travaliului la termen ea este variabilă. Remy afirmă că accidentele grave prezintă maximum la facere și în timpul puerperabilității.

Drept este că odată cu maximumul de amplitudine uterină fenomenele de compresie cu chist abdominal vor fi maxime.

Angajarea părților foetale asupra chistului în situație pelviană va da loc la tulburări cu tot alt ordin de idei. Toate acestea sunt în legătură cu volumul, situația, aderențele și consistența tumorii.

Influența chistului se va exersita asupra acomodației foetale cât și asupra expulsiei. Frühinsholz citează un caz unde existența unui chist ovarian recunoscut în timpul gestațiunii a împedicat acomodația foetală, ulterior fenomene de obstrucție cu insuficiență de contracții uterine.

Dacă este în abdomen în parte angajat în pelvis cauzează o distocie ușoară împingând uterul către una din părțile laterale ale abdomenului, cu prezentație vicioasă în consecință, turburări în contractibilitatea uterului.

Relativ mic mobilizabil, cu pedicul, se poate împinge în abdomen dacă nu se află chiar, cel mult necesită o aplicare de forceps prin ușoară insuficiență de contracții uterine.

Dacă însă chistul fiind aderent sau nu, de volum mare cu basin normal sau chiar strâmtat, atunci împiedică angajarea părţilor foetale, modifică contracţiunile, aduce fenomene de obstrucţie; toate manoperile necesare mărind pericolul mamei, foetul fiind dela început scos din cauză. Toate sforţările uterului vor fi inutile, foetul va fi reţinut deasupra strâmtoarei superioare, fenomenele de compresie amintite în cursul sarcinii se vor accentua, hemoragiile, peritonita formează ultimele complicaţiuni datorite acelei expectative armate de neertat, care compromite tot atâtea vieţi ca şi toate manoperile intempestive de cari autorii abundă.

Afară de acestea mai pot apare distocii, prezentaţii viciose, procidenţe de cordon, inerţie uterină, în afară de obstacolul mecanic trecerii foetului.

Facerea se poate totuşi termina prin ruptura sau coborârea chistului înaintea părţii foetale.

Numai în cazurile de chist mic, aderent în Douglas cu basin mare şi foet mic, nu creiază în totdeauna un obstacol de neînvins trecerei foetului prin strâmtoare.

Cât despre expulsia membranelor este puţin influenţată în cazurile de naştere normală sau artificială pecăile naturale. Numai când deviaţiunea uterului este prea mare, sau chistul înclavat în basin, este nevoe de intervenţie: de expulsie artificială.

Este evident că durata travaliului va fi cu mult prelungită în cazurile dificile, că această prelungire poate avea cea mai nefastă influenţă asupra genezei stărilor infecţioase secundare.

Influenţa chistului asupra puerperabilităţei

Influenţele reciproce exercitate în această epocă sunt de două ori mai grave decât în celelalte împrejurări (Remy).

Acum când cunoaştem aproape tot tabloul clinic această afirmaţie are o dublă valoare. Intâiu fiindcă

impune foarte multă luare aminte ante partum, și dacă lucrul a ajuns până acolo în cât femeea naște cu chist, cât mai multă supraveghere este necesară.

Prin enorma dezvoltare a abdomenului în caz de chist mare, prin prelungirea travaliului și prin toate manoperile la care este supusă în acest timp, femeia este expusă la stări sincopale, delir, și cea mai gravă complicație. infecția puerperală. Uterul jenat de prezența chistului nu involuează normal (Budin) din această cauză orificiile vasculare nefiind comprimate au loc hemoragii cari pun în joc viața bolnavei (Pozzi). In sfârșit consecințele tuturor leziunilor inflamatorii anterioare cari prin traumatismele repetate pot fi redeșteptate, și numai în treacăt mai insistăm asupra torsiunei pedicululuĭ chistului, prin starea de gol intra-abdominal, prin lipsa de sprijin a uterului gol. (Budin). Gangrena, supurația, degenerescența, mărirea rapidă, ruptura chistului (Remy) sunt toate eventualități ce așteaptă organismul destul de anemiat și debilitat al lehuzei.

Influența sarcinei asupra chistului

In principiu trebue făcută distincțiunea între chistele susceptibile să urmeze sarcina, fiind deci mobile întâiu în pelvis și apoi în abdomen, și acele ce sunt fixate, fie prin aderențe anterioare sarcinei în pelvis și de preferință în fundul de sac al lui Douglas, fie prinse în foițele ligamentului larg, în imposibilitate de a urma mișcarea ascensională a uterului.

Ce se întâmplă cu cele mobile? Este lucru cunoscut că orice organ ridicându-se din basin în abdomen execută o rotațiune pe axul său; că nici chiar uterul nu derogă acestui principiu. Chistul va urma mișcarea de ridicare din basin în abdomen, va lua în afară de mișcarea de rotație o poziție variabilă față de uter, în majoritatea cazurilor pe părțile laterale, putând fi anterior (Heydenreich) sau posterior (H. Herrgot).

In legătură cu fenomenul de rotație sunt în deobște cunoscute fenomenele grave de torsiune ale pediculului (Lapeyre, Puech, Vanverts, Böse). D-l Prof. N. Gheorghiu observând trei cazuri de torsiune de pedicul în urma tactului vaginal combinat, pune întrebarea dacă examenele locale nu ar fi susceptibile să contribue la apariția torsiunei.

Ruptura consecutivă a chistului (Nepveu, Doumairon, Morestin), cu tot cortegiul dramatic al peritonitei (Habit).

Cele fixe prin fenomenele de peritonită locală adezivă au prins aderențe de intestin, uter, ce pot aduce modificarea lichidului intrachistic (șocolatiu, verde, galben, purulent). Hemoragii intrachistice, rupturi cu revărsare în peritoneu urmate în câte-va cazuri fericite de vindecare (Moinhard, Gibron, Tuffnel). Reeb citează, drept este un caz de rupere chirurgicală, a unui chist purulent fixat prin aderente și imposibil de decorticat și unde operația a trebuit să fie continuată prin extirparea uterului puerperal cu un larg drenaj vaginal. In majoritatea lor, rupturile spontanee sunt însă însoțite de moarte mai mult sau mai puțin bruscă. Ruptura chistului se poate face în virtutea procesului aderential și în organele vecine (Doumairon).

Cât despre influența sarcinei asupra volumului chistului părerile sunt foarte împărțite: variabilitatea extremă a raporturilor reciproce, lipsa posibilității unei complete observări, rare fiind întra'devăr cazurile când femeia a putut fi examinată înainte, în timpul și după sarcină, determină credem în mare parte nehotărârea ce domnește. Logic este că față de afluxul sanguin determinat de starea congestivă în micul basin în timpul sarcinei, chistul să beneficieze de aportul nutritiv în cantitate mai mare și deci să crească în raport; Acest lucru a fost observat de d-nul Dr. Bandescu pentru fibroamele pediculate cu evoluție rapidă cari toate au contractat aderențe vasculare enorme cu epiploonul, și datoresc mărirea lor de volum acestui aport sanguin crescut.

Schröder admite însă o scădere de volum, Litzmann, Spencer Wells, Ruge, Koeberle, Löhlein, Benicke, Murray susţin invariabilitatea sau foarte puţina creştere de volum.

Spiegelberg, Routh, Day, Lever, Locke, Koeberle, Stoltz, Olshausen, Wernich, Bué, Platon et Troin, se raliază la părerea unei desvoltări mai rapide a tumorei. Şi noi am putut trage o concluzie analoagă din cazurile I, III.

Leopold şi Ruge merg şi mai departe în aserţiunile lor afirmând că în afară de creşterea rapidă a tumorei pe care ei o admit, sarcina ar fi susceptibilă să provoace chiar apariţia chistului.

Wernich, Leopold, Spiegelber, Hecker, Kürsteiner, Fremery se unesc cu tot autorii ce menţin creşterea tumorei sub influenţa sarcinei, dar susţin şi transformarea ei din benignă în malignă. Cazurile ultimilor trei autori nu sunt însă de loc concludente. Ruge, Fremery, Höniger şi Iacob, Mosler, Jetter, nu admit sarcina ca elementul determinat al degenerărei chistului, ci ca un simplu adjuvant. De alt-fel transformarea malignă a unei tumori nu poate fi determinată de o stare fiziologică normală a organismului feminin, ci este în funcţie de cu totul alte elemente.

Influenţa travaliului asupra chistului

Sunt citate rupturi, hemoragii intrachistice (Moinhard, Gibron, Tuffnel, Eulenberg, Carson), cazuri rare, cu atât mai mult cu cât au fost urmate de vindecare.

Cazurile (Ramsbootham, Warn, Mighels, Lever, Bidder, Sutugin, Binder, Camden), au avut sfârşit fatal. Alteori procesele aderenţiale au favorizat deschiderea în vagin, intestin. (Herbiniaux, Puchet, Ashnell, Headland, Clay, Fraser, Martin, Mouchet). Insfârşit sub influenţa contracţiilor uterine chistul şi foetul şi-au creat o cale spărgând planşeul pelvian, peretele posterior al vagenului eşind prin anus. (Berry, Lachapelle, Sucros, Klui-

skens, Luschka. Michaelis, Bonney). Din fericire toate aceste eventualităţi trebuesc trecute în domeniul istoriei, terapentica chirurgicală a făcut atâtea progrese, s'a stabilit noţiunea intervenţionismului precoce încât de aci înainte asemenea împrejurări vor fi credem imposibile.

Terapeutica chirurgicală

Când este vorba după o expunere de eventualităţi una mai periculoasă decât alta, atât faţă de viaţa foetului cât pentru viaţa mamei să disecăm părerile celor mai autorizaţi, trebue să facem dela început o mică reticenţă. Nu păreri, cari multe deşi foarte apropiate de noi se pot totuşi trece în domeniul istoriei, ci fapte precise vor fi ţinta liniei noastre de conduită, fapte ce coroborate cu nesfârşita experienţă a celor ce le enunţă, sunt hotărâtoare.

Un lucru pare însă sigur: unanimitatea în sensul unei intervenţii care numai în timpul din urmă se precizează, şi anume ovariotomia, şi relaţiunea strânsă ce există între vârsta sarcinei şi momentul intervenţiei.

Fabre şi Trillat consideră întâiu sediul şi mărimea tumorei, amintind că intervenţia rămâne discutabilă în afară de complicaţiuni.

Tumorile abdominale de volum nu prea mare nu cauzează decât o jenă relativă, pot fi respectate, aşteptându-se post partum (Niebergall).

Cât despre chistele cu situaţie pelviană a amâna dacă posibil intervenţia cât mai aproape de termen în virtutea faptului ca eventuala facerei prematură, să ne dea un copil cât mai aproape de termen.

In ultimul timp părerile tuturor converg asupra primei păreri că intervenţia chirurgicală trebue făcută îndată ce prezenţa chistului a fost recunoscută.

Expectativă am spus-o şi repetăm este desastroasă, de neertat, compromite la sigur viaţa dacă nu a foetului dar şi a mamei. (Schröder, Barnes). D-l Profesor Dr.

Gheorghiu susţine acest punct de vedere şi chiar de curând cu ocaziunea prezentărei la Soc. de urologie, ginecologie şi obstetrică a unui caz de chist cu pediculul răsucit şi sarcină, a precizat că intervenţiunea trebue făcută indiferent de situaţia chistului, că este absolut necesară îndată ce s'a diagnosticat, că expectativa este condamnabilă.

In afară de versiune rar executabilă (Pozzi), de câte-va manopere de reducere întrebuinţate mai ales în timpul tratamentului, metodele întrebuinţate atât în timpul sarcinei cât şi în timpul travaliul sunt trei: puncţia tumorei, avortul şi facerea prematură, ovariotomia fie pe cale vaginală, fie pe cale abdominală cum se întrebuinţează de majoritatea autorilor astăzi. Credem că toate manoperile de micşorarea a volumului tumorei foetale, ca embriotomia, cefalotrips au o indicaţie foarte limitată, în cazurile când pericolul îl prezintă pentru mamă foetul, cu atât mai limitată cu cât ori cât de bine executate, expun femeea prin contuziunile datorite trecerei tumorei foetale chiar redusă prin filiera pelviană, la complicaţiuni ce sunt evitate printr'o simplă ovariotomie asociată sau nu cu cezariană, histerectomie.

Puncţiunea chistului

Considerată foarte multă vreme o metodă de elecţie în tratamentul chistelor de ovar, nu este de fapt decât o operaţie paliativă uneori în momentul facerei. Mulţi chirurgi merg atât de departe încât preferă puncţia oarbă unei ovariotomii bine executate, considerând toate pericolele amintite ca exageraţii sau datorite unei puncţii rău făcute. Spencer Wells o preferă unei întreruperi de sarcină prin avort sau facere prematură. Cazeaux insistă asupra faptului gravităţii puncţiei comparativ cu versiunea, Totuşi după (Boinet, Siebold, Rogers) puncţia este indicată în cazurile de compresie exagerată a chistului cu fenomene dispneice şi asfixice ameninţătoare, în

cazurile de amenințare de avort prin compresia uterului. Rezultatul este foarte bun, perzistă când este practicat în ultimele săptămâni ale sarcinei, se poate repetà fără a influențà sarcina, și este inofensiv căci uterul nu se poate lezà atunci când sarcina este cunoscută. Remy din 50 femei cu 95 punctiuni a avut 5 cazuri de moarte, la 8 femei s'a declarat travaliul. In afară de Stoltz, Treille, Boinet-Ferraud, Polaillon cari susțin puncția, de Terrier care ne învită să nu despreţuim acest metod, Auvard este aproape categoric sub formă de axiomă, insistând asupra faptului că grație punctiei putem ridicà obstacolul fără pericol pentru mamă.

Singur Schröder afirmă că numai atunci când chistul este vădit inoperabil se va recurge la puncție.

Unii autori au mers și mai departe și au recurs la injecțiuni modificatoare bine înțeles după evacuarea lichidului, injectând tinctură de iod.

Totuși simpla puncție n'a adus decât în cazuri foarte rare vindecare. In afară de cazurile fericite sunt multe altele când puncția a fost urmată de complicațiuni grave de moarte. (Hecker-Stein, Brenner, Pollack, Nolting).

Accidentele sunt datorite, fie greșelilor de asepsie aducând supurația chistului, (Platon-Troin) cu fenomene peritoneale, fie decompresiei intra-chistice și în consecință abdominale favorizând torsiunea, fie rănirei intestinului sau a uterului cu amenințare de avort (Sp. Wells, Olshausen, Playfair, Pozzi), și aceasta în mâinile cele mai iscusite.

De altfel se pare că cantitatea lichidului se reface repede, necesitând punctii repetate, expunând femeea în zadar.

Cât despre puncția întrebuințată în timpul facerei, Fabre, Trillat admit evacuarea chistului pe această cale. Nolting povestește un caz unde la o femee în timpul travaliului a întrebuințat forceps fără rezultat, puncție apoi, copilul născut mort și femeea sucombând de accidente puerperale. S'a făcut și puncție prin fundul de

sac posterior (Lomer), şi numai în cazul când conţinutul chistului a fost prea gros s'a recurs la inciziile la acelaş nivel.

Astăzi când puncţia chiar ca mijloc diagnostic este aproape prohibită, nu vedem decât foarte rar şi mai ales în cazurile de urgenţă absolută, atunci când nu suntem înconjuraţi de toate condiţiunile de a opera curat şi bine, o utilizare practică a acestui metod.

Avortul şi facerea prematură

Socotite astăzi ca intervenţii iraţionale, majoritatea autorilor sunt contra acestei metode (Sp. Wells, Doumairon, Chénieux, Hartmann), părăsită de medicina contimporană. Totuşi Pinard admite o singură indicaţie reală, în cazul când pericolul îl formează însăşi sarcina.

Ovariotomia

Expectaţia armată prezintă pericol pentru făt, căci în 17% din cazuri după Niebergall, viaţa lui este ameninţată, în afară de pericolele ce-l aşteaptă în timpul travaliului. Mama însăşi este ameninţată în timpul sarcinei, travaliului, puerperabilităţei. Majoritarea autorilor sunt de părere că intervenţia este mai puţin serioasă între 2—5 luni, (Pozzi). Totuşi sunt mulţi cari au intervenit cu succes şi în partea doua a sarcinei: Engström 7 observaţii, una cu avort fiind susceptibilă de avorturi repetate; Terillon-Valat 3 observaţii toate cu vindecare; Angelini povesteşte un caz când în timpul unei extirpări de chist a recunoscut o sarcină. După 55 de zile avort din pricina muncilor obositoare şi a relaţiunilor sexuale frecvente. Alţii susţin ovariotomia îndată ce diagnosticul a fosi pus, (Pinard, Orgler, Niebergall). După Puech şi Vanverts cazurile de moarte ale ovariotomiei în sarcină faţă de femee, nu diferă de acele în afară de sarcină. O întrerupere a sarcinei are loc în

orice caz în 12.5% din cazuri fără intervenţie. In prima jumătate a sarcinei 50 % avort, în a doua jumătate 75 % facere prematură. Totusi autorii recomandă ovariotomia ca metodă de elecţie mai ales în luna 3-a şi a 4-a. In timpul travaliului (Pozzi, William I. Bonney) au făcut cu succes ovariotomia ridicând obstacolul şi permiţând facerea în condiţiunile cele mai bune. In timpul puerperabilităţei Niebergall, este de părere având în vedere starea de slăbiciune în care se găseşte femeea să nu se opereze decât în cazuri de complicaţiuni aşteptându-se sfârşitul puerperabilităţei. De asemenea Oui, amână intervenţia după această epocă dacă bine înţeles chistul este bine tolerat.

In ce priveşte ovariotonomia în atari împrejurari trebue recunoscut că este tratamentul curatif prin excelenţă, cea mai bună terapeutică, inocuitatea ei admisă pentru foet şi pentru mamă, că acordul este unanim în a recunoaşte superioritatea acestui metod. Totuşi în ce priveşte momentul intervenţiei în afară de argumentele de mai sus trebue luat în considerare faptul că cu cât ne apropiem de sfârşitul sarcinei sănătatea femeii este mai zdruncinată. Pronosticul nefavorabil amintit de Fehling din pricina avortului, trebue modificat în sensul unei vederi mai largi, cazurile de avort trebuesc reduse la proporţii mai echitabile, eliminându-se a priori toate cauzele străine, şi numai în urmă a acuza intervenţia.

Avortul se poate produce în cazurile de intervenţii lungi şi penibile, în cazurile de procese aderenţiale intense între uter şi anexe, cerând o disecţie amănunţită aproape o decorticare; în sfârşit sub influena tracţiunilor repetate pe pedicul. Cauzele precise ce pun în joc contractilitatea uterină în afară de laparotomie ca iritaţie mecanică, ar fi anestezia cloroformică cu toate inconvenientele ei, curăţirea peritoniului (Orgler).

Unii autori au incriminat expunerea uterului multă vreme la aer rece.

Toate acestea pentru foet. Dar pentru mamă?

Deşi în foarte mulţi autori nu se găsesc date precise asupra mersului post-operator, totuşi vindecările sunt incomparabil mai numeroase, accidentele post-operatorii foarte rare, eventraţiile abdominale nu par să fie mai frecvente (Vorel).

In statisticile luate în ordine cronologică se poate vădit urmări evoluţia rezultatelor ovariotomiei, cum aceste rezultate s'au ameliorat paralel cu îmbunătăţirea mijloacelor de tehnică, spre a ajunge la aproape strălucitele rezultate de astăzi.

Cayla, 1882, din 35 observaţii, 18 avorturi, 17 faceri la termene. Heiberg 271 cazuri cu mortalitate de 24.7% pentru mamă, 39% pentru copil. Remy din 57 cazuri, 22 cu avort, 32 cu naştere la termen; 19.47% moarte pentru femee, 52% pentru copil. Din 36 cazuri adunate de Lawson Tait, Spencer Wells, Schröder un singur caz de moarte. Orgler nu are decât 2.7% cazuri de moarte pentru mamă, 22.5% pentru copil, şi aceasta din 148 cazuri cu 10 inedite.

Este foarte adevărat că aceste rezultate susceptibile de foarte multe ameliorări sunt pare-se mai grave pentru foet decât pentru mamă. Totuşi din numeroasa serie de autori contimporani cari au practicat această intervenţie în toate împrejurările, din rezultatele lor, deşi referindu-se la cazuri puţine pentru fiece autor dar răzleţe, se poate deduce concluzia că suntem în era când rezultatele acestei intervenţiuni se corectează mergând până aproape de perfecţie. Nu tergiversări; nu paliative; nu încercări oarbe, ci o intervenţie cu tehnică precisă ce înlătură obstacolul cu minimul de complicaţii.

Că mai sunt autori ce preferă calea vaginală, obţinând oarecari rezultate, se poate?

Această cale în ginecologie chiar nu mai este utilizată decât în împrejurări foarte restrânse, de colecţii purulente limitate în Douglas; şi nu vedem de loc foloasele de a părăsi o cale ce ne oferă toate posibilităţile, în favoarea

unei alte căi izvorâtă din teama peritoneului, acum câți-va zeci de ani în urmă.

Orgler în 7 cazuri de ovariotomie pe cale vaginală are 2 avorturi, 5 nașteri la termen. Korobkoff în 12 cazuri, 2 avorturi un mort. W. Mauton preconizează această cale numai când se poate extirpa tumora intactă. W. J. Sinclair amintește pericolele multiple ale acestei căi, unindu-se cu William Duncan, pentru a preferă calea abdominală.

Dubla ovariotomie nu pare să dea rezultate mai defavorabile (Orgler), provoacă mai ales avortul în prima și a doua lună (Puech și Vanverts). Din 2 cazuri R. Spencer a avut două întreruperi de sarcină. Massart a făcut dublă ovariotomie la o femee de 25 ani cu deplin succes fără a se influența sarcina.

Excitarea fibrei uterine în caz de amenințare de avort se calmează cu întrebuințarea metodică a morfinei în doze chiar mari (Delbet până la 10 ctg. pe zi), fără pericol în conformitate cu ideile lui Pinard. Rezultatele sunt excelente o ușoară morfinizare fără a ajunge la doze prea mari nu poate decât să folosească bolnavei. diminuând toată starea de excitabilitate post operatorie.

Statistica lui Orgler care în 1901 a adunat 148 cazuri din cari zece fiind inedite este următoarea: 2.7% moarte pentru mamă; 225.% moarte pentru copil.

Din statistica de mai sus de 71 cazuri cu patru observații inedite rezultă: 2.8% moarte pentru mamă; 18.3% pentru copil. Se poate observa frecvența chistelor torsionate ce au determinat operația, adică 29.5%.

Din observațiile autorilor citați, cât și din tabloul rezumativ se evidențiază câteva învățăminte susceptibile de a fi amintite.

1. Obligațiunea de a interveni îndată ce diagnosticul de coexistență a fost pus.

2. Intervențiunea chirurgicală dă cele mai bune rezultate în primele luni ale sarcinei când excitabilitatea uterină este încă redusă.

Tablou rezumativ al rezultatelor ovariotomiei dela 1901

No. cur.	Caz publicat de	Natura chistului	Vârsta sarcinei	Făt	Mamă	OBSERVAȚII
1	Lapeyre	torsionat . . .	. . . . .	avort	vindecată	
2	»	torsionat . . .	. . . . .	avort	»	
3	»	torsionat . . .	. . . . .	la termen	»	
4	Kelly J. V.	torsionat . . .	. . . . .	la termen	»	
5	Sorel	torsionat . . .	. . . . .	la termen	»	
6	Morestin	rupt	4 luni	avort	»	făt macerat
7	Böse	torsionat . . .	5 luni	la termen	»	
8	Delbet P.	. . . . .	3 luni	la termen	»	
9	Lepage	dermoid . . .	. . . . .	la termen	»	
10	Jeannin-Broc	. . . . .	3 luni	avort	»	în seara operației avort
11	Spencer H. R.	41 chiste din cari 14 torsionate	. . . . .	4 avorturi	1 caz moarte	la 2 se făcuse dublă ovar.
12	Wallich-Mouchotte . .	. . . . .	8 luni	facere prem.	vindecată	
13	Platon J. C. Troin .	. . . . .	. . . . .	la termen	»	
14	Oui	. . . . .	5 luni	la termen	»	
15	Gheorghiu N. Prof. .	3 torsionate .	. . . . .	la termen	»	
16	Bonney	dermoid . . .	termen trav. înc.	sănătos	»	chistul eșit prin rect
17	Michaëlis	pediculat . . .	termen trav. înc.	mort	moartă	herniat prin rect
18	Gomoiu V.	to sionat . . .	$3^1/_2$—4	mort	vindecată	
19	Massart	bilaterale . . .	. . . . .	la termen	»	
20	Turnescu-Bulliard . .	. . . . .	3 luni	la termen	»	
21	Gheorghiu N. Prof. .	torsionat . . .	5 luni . . .	la termen	»	chist apărut după o primă sarcină
22	Zaharescu-Karaman. .	torsionat . . .	4 luni	la termen	»	
23	Huter E.	intraligamentar	7 luni . . .	la termen	»	
24	Dambrin	. . . . .	3 luni	la termen	»	chist 15 litri creștere rap.
25	Frühinsholz	pediculat . . .	termen trav. înc.	mort	»	distocie în timpul travaliului
26	Dumitrescu Dorin . .	. . . . .	2 luni . . .	avort	»	avort după 7 zile
27	Dumitrescu Dorin .	. . . . .	3 luni	avort	»	avort provocat prin persist. metroragiilor
28	Dumitrescu Dorin . .	pediculat . . .	2 luni	la termen	»	
29	Dumitrescu Dorin . .	. . . . .	4 luni	la termen	»	

3. In cazurile de diagnostic făcut deabia în a doua jumătate a sarcinei, intervenţiunea este tot atât de indicată şi trebue neapărat făcută; această operaţie se va face chiar şi în timpul travaliului în cazurile mai sus amintite.

4. Dubla ovariotomie poate să nu influenţeze mersul normal al sarcinei, când este făcută către mijlocul gestaţiunei. E bine însă în cazurile de intervenţii asupra ambelor ovare să se respecte o porţiune de parenşim.

In afară de aceste date ce privesc indicaţiunile ovariotomiei mai sunt câteva fapte menite să uşureze mersul post operator.

Excitarea fibrei uterine pre şi post operator în caz de ameninţare de avort se calmează cu întrebuinţarea metodică a morfinei în doze chiar mari. Delbet a mers cu această morfinizare preventivă sau chiar curativă până la 10 ctgr. pe zi, fără pericol, în conformitate cu ideile lui Pinard care totuşi nu administra doze atât de mari. Rezultatele sunt excelente, am avut ocaziunea să le observăm, o uşoară morfinizare fără a ajunge la exagerare nu poate decât să folosească bolnavei, dimişi toată starea de excitabilitate post operatoare.

Se mai pune întrebarea dacă opoterapia ovariană întrebuintată de D-l Dr. Zaharescu-Karaman n'ar trebui utilizată pe o scară mai largă, înainte şi după intervenţiile chirurgicale în cazurile de coexistenţă, mai ales când s'au rezecat ambele ovare.

Şi acum toate aceste fapte şi principii aplicate, vor ameliora credem încă mai mult rezultatele bune dar nu încă perfecte ale tratamentului chirurgical în cazurile de coexistenţă vor determina, faţă de complicaţiunile inevitabile expectaţiunei dezastroase, complicaţiuni ce pot apare oricând, un intervenţionism mai larg pe baze logice.

OBSERVAȚII

Observația I. — Bolnava C. P. în etate de 27 ani intră în serviciu pentru durerî lombo iliace stângi. 28 Decembrie 1921.

In antecedente dela vârsta de 9 zile din când în când icter cu stare febrilă, anemie pronunțată. Până la 16 ani a fost internată de 7 ori la spitalul de copii cu diagnoza de anemie paludică. Dela 16 ani încolo vine la serviciul Prof. Buicliu de 4 ori cu diagnoza de cloro-anemie.

In anul 1916 Iulie se face în serviciul d-lui Prof. Anghelescu splenectomie de către d-l Dr. Săvescu. Rana supurează aproape 2 ani, bolnava neacuzând nici o turburare. După acest timp din pricina unor dureri violente fulgerătoare abdominale se face în acelaș serviciu laparatomie exploratrice neconstatându-se nimic. Menstruată la 17 1/2 ani, menstruele regulate, durând o săptămână; măritată în cursul anului 1919.

La 1 Martie 1921 ultima menstruație. Nici o tulburare simpatică, vagi dureri abdominale, sensație de plenitudine în hipogastru. După un interval de 2 1/2 luni consultând un medic acesta afirmă sarcina, și o formațiune anexă anterioară nedeterminată. In cursul lunei Iulie având dureri foarte mari în jumătatea stângă a abdomenului, cu iradiațiuni în lombe și piciorul de aceeaș parte, consultă pe d-l Dr. Ignătescu ce afirmă prezența unui chist al ovarului, sfătuind bolnava să se supuie unei intervențiuni chirurgicale. D-l Dr. Săvescu este însă contra având în vedere vârsta prea înaintată a sarcinei.

In cursul lunei Octombrie o criză analoagă mai violentă în intensitate face pe d-l Dr. Bonachi să bănuiască începutul facerei, aducând-o la spitalul Brâncovenesc secția Maternitate unde cu repaus și opium tabloul se modifică. După 4 zile este retrimeasă acasă.

In 15 Noembrie 1921 naşte un copil la termen în greutate de 2.200 gr. constatându-se uterul în uşoară contracţie, abdomenul asimetric în stânga unde prin palpaţie se simte în hipocondrul stâng şi sub falşele coaste o tumoră de mărimea unei gutui mari, mobilă, renitentă. Facerea a evoluat în condiţiuni normale, asemenea şi involuţia uterului.

Cu zece zile înainte de intrarea în spital dureri atroce în jumătatea stângă a abdomenului, cu vomismente, stare de greaţă, intoleranţă gastrică. Apetitul conservat. Consultând un medic acesta o sfătueşte să intre în spital, în care scop intră în serviciul d-lui Dr. Bardescu la Spitalul Brâncovenesc.

In momentul intrării se constată bolnava de constituţie debilă, anemică, abdomenul destins şi la palpare foarte dureros, apărare muşchiulară, ce face imposibilă palparea profundă. La percuţie o zonă mediană de matitate cu sonoritate pe flancuri. Tactul vaginal prezintă colul normal, nu se poate distinge uterul şi anexele din cauza distensiunei abdomenului. Faţă de fenomenele prezentate şi de antecedentele bolnavei, se presupune un chist ovarian cu pedicul torsionat şi se decide intervenţia.

Operaţia. 30 Decembrie 1921 rachistovainizare 0.12 scopolamina morfina 13 div.

D-l Dr. Bardescu face *laparatomie mediană subombilicală, ovariotomie stângă, apendicectomie.*

La incizia peretelui abdominal ţesuturile infiltrate, se scurge lichid coloid din peritoneu. Chistul aderent lax de perete, se repercază cu pense, peretele chistului moale şi friabil pe faţa anterioară la nivelul fundului presintă o plesnitură pe unde se scursese o parte din conţinut în cavitatea peritoneală. Se exteriorizează chistul, pediculul torsionat de 3 ori dela stânga la dreapta. După detorsionare se extirpă cu anexa corespondentă. Apendicele inflamat, aderent lax de chist se extirpă; intestinele destinse congestionate, peritoneul pelvian iperemiat, îngroşat. Pe faţa posterioară a uterului câteva granulaţiuni, anexa din dreapta normală. Parte din lichidul coloid aflat în abdomen nu s'a putut scoate prin comprese. Inchiderea abdomenului fără drenaj.

Ex. piesei. Chistul de mărimea unui cap de copil cu conținut coloid sanguinolent cam doi litri, cu pereții foarte friabili, nenumărate formațiuni papilomatoase endogene.

Mersul post operator normal. Pleacă vind. 14 Ianuarie 1922.

Observația II. — Bolnava D. M. în etate de 29 ani vine în serviciu la 27 Iunie 1921 pentru metroragii abundente, vegetații vulvo-vaginale.

Starea generală bună. In ipogastru drept se palpează o tumoră de mărimea unei portocale fixe, dureroasă; metroragiile sunt abundende, aproape continue și există de aproape două luni. Toată regiunea vulvo-vaginală acoperită de vegetații conopidiforme. La tactul vaginal se simte uterul mărit de volum dur colul ușor înmuiat. Față de perzistența metroragiilor presupunându-se o fibromatoză cu degenerare se decide intervenția.

Operația. 6 Iulie 1921 rachistovainizare, 0.15 gr.

D-l Dr. Bardescu face *laparatomie mediană subombilicală, histerectomie abdominală totală.*

La deschiderea abdomenului un chist enorm vascularizat. Se punctionează evacuând lichid seros. Se exteriorizează chistul iar uterul fiind mărit de volum se decide histerectomia.

Diagnosticul clinic de sarcină nu s'a pus de oarece embrionul era mort în stare de macerație. Pleacă vind. Iulie 19.

Observația III. — Bolnava E. G., în etate de 26 ani, vine în serviciu pentru metroragii abundente în ziua de 5 Iunie 1921. Menstruată la 15 ani, menstruele durând 3—4 zile fiind dureroase. Căsătorită acum doi ani. A avut un avort spontaneu (?) în luna III-a acum 1½ an. De un an menstruele durau mult mai mult ca de obiceiu. De 4 luni amenoreică, turburări simpatice, de 6 săptămâni metroragii mai în fiecare săptămână devenind aproape continue în ultimul timp.

La intrarea în spital se constată stare generală bună. Acuză sensație de greutate în hipogastru. Are pierdere de sânge. Se constată uterul mărit de volum, puțin sensibil colul moale întredeschis, în ligamentul larg drept o tumoră elastică puțin sensibilă, mobilă. Se pune întrebarea între o sarcină ectopică sau o sarcină normală cu un chist ovarian. Se decide intervenția.

Operaţia. 11 Iunie 1921, rachistovainizare 0.14 gr. scopomorfină 10 div.

D-l Dr. Bardescu face *inciziune Pfanenstiel, ovariectomie.* Uterul moale, mărit de volum, sarcina fiind desvoltată mai ales către cornul stâng. Ovarul drept prezintă un chist ca de volumul unei castane mari în stare de formaţiune. S'a rezecat numai chistul conservându-se o parte din ovar.

A şaptea zi dela operaţie avortează spontan, pleacă vindecată 27 Iunie 1921.

Observaţia IV.—Bolnava E. A., în etate de 32 ani, vine în serviciu 15 Martie 1921 pentru metroragii abundente.

In antecedente: dismenoreică. Căsătorită la 28 ani, două avorturi provocate unul la o lună, altul la trei.

Anul trecut o sarcină normală la termen, a lăptat copilul şi în acest interval a avut menstruele normale. Din Decembrie 1920 amenoreică, sensaţie de greaţă, vărsături. La 10 Martie 1921 metroragie abundentă bruscă cu evacuare de chiaguri ce încetează spontan. Examinată la 14 Martie, d-l dr. Bardescu constată colul moale întredeschis, uterul mărit de volum şi în ligamentul larg drept o tumoră mai mare ca pumnul, neregulată, nedureroasă, presupunând o sarcină ectopică. Până la intrarea în spital mai are în două rânduri perderi de sânge ce încetează spontan.

La intrarea în serviciu stare generală foarte bună, nu acuză nici o durere, nici o reacţie peritoneală, glicozurică până la 20 gr. la litru. La examene repetate poziţia şi forma tumorei variază. Diagnosticul se discută într'o sarcină normală cu chist al ovarului, sarcină normală cu fibron, sarcină ectopică. Se decide intervenţia.

Operaţia. 19 Martie 1921, rachistovainizare 0.12 gr.

Operează d-l dr. Bardescu. *Laparatomie mediana, subombilicală, ovariotomie.*

Ovarul stâng chistic de mărimea unei chitre aşezat la partea anterioară a uterului. Uterul mărit de volum cornul lui drept conţinând chistul foetal. Se extirpă chistul ovarian, peritonizare, se închide abdomenul fără drenaj.

După operație mai are când și când perderi sanguine, uterul progresează însă, ceeace indică viabilitatea sarcinei.

Pleacă vindecată 5 Aprilie 1921.

Un medic din localitatea de origină văzând că metroragiile continuă, provoacă desertarea uterului. Actualmente bolnava în cea mai bună stare de sănătate.

Observația V.—Bolnava A. B., în etate de 28 ani, vine în serviciu 25 Martie 1920, pentru metroragii abundente.

Starea generală foarte bună. In ipogastru se palpează o tumoră. La tactul vaginal se constată uterul mărit de volum, colul moale, în ligamentul larg stâng se determină o tumoră elastică regulată; stabilindu-se diagnosticul de sarcină și chist al ovarului se decide intervenția.

Operația. 4 Iunie 1920, rachistovainizare 0.12 gr.

D-l Dr. Bardescu face *laparatomie mediană subombilicală, extirpare.*

Uterul mărit de volum, în ligamentul larg stâng un chist mai mare ca doi pumni, pediculat, cu conținut citrin. Se extirpă chistul conservându-se ovarul. Inchiderea peretelui abdominal.

Mersul post-operator normal, pleacă din spital Iunie 1920 vindecată.

La 18 Decembrie 1920 intră la maternitatea spitalului, cu sarcină la termen în prezentație craniană, naștere normală, copilul de sex femenin, în greutate de 3.300 gr. Pleacă vindecată 28 Decembrie 1920.

Din aceste cazuri se desprind următoarele: la două din ele sarcina și-a urmat cursul normal deși bolnavele aveau un chist. La una din ele operația nu a împiedicat evoluția normală a sarcinei, după cum la cealaltă, sarcina n'a fost întru nimic prejudiciată prin prezența chistului, numai că chistul s'a complicat prin torsiunea pediculului care l'a adus la operație. La alte două cazuri sarcina a fost întreruptă, la una prin avort spontan, la cealaltă intervenindu-se din cauza perzistenței hemoragiilor. In

fine la observaţiia II-a nu s'a diagnosticat clinicește sarcina din cauză că embrionul erà mort în stare de macerație, bolnava având pierderi de sânge ceeace a făcut să se presupună un miom unterin cu chist ovaro ligamentar motivând histerectomia. La 4 dintre bolnave s'a observat perzistență metroragiilor ne dispărând după intervenție decât la cazul II și V (cu sarcina dusă la termen).

In ce privește observația III, greu de admis ca ovariotomia să fi determinat avortul spontan peste 7 zile; iar în ceeiace privește cazul IV numai perzistența metroragiilor cu toate că uterul erà în plină evoluția a determinat deșertarea uterului. Din cazul I, se poate vedeà că sarcina este posibilă după splenectomie lucru susținut de altfel de Mathias, Ferrerius, Donat, Ruggi, Carle, Tricomi. Mac Cann; că primele contracții uterine au fost liniștite grație opiaceelor, că în sfârșit torsiunea pedicului a survenit nici o lună după naștere favorizată socotim de golul intra-abdominal, de reînceperea activităţei casnise.

La aceste cazuri mai putem adăuga încă unul din practica d-lui dr. Bardescu. Femeia operată în luna 4-a, i s'a scos chistul prin laparotomie după care sarcina a evoluat în condiții normale până la termen, facerea având loc fără accident.

CONCLUZIUNI

1. Chistul de ovar exercită prin prezenta lui o influenţă vătămătoare asupra sarcinei, facerei, puerperabilităţei.

2. Deasemenea sarcina, facerea, puerperabilitatea, au o influenţă evidentă asupra chistului.

3. In virtutea acestor fapte se impune un diagnostic de timpuriu al chistului.

4. O intervenţie raţională care numai în caz de urgenţă poate fi puncţia chistului.

5. Ovariotomia abdominală care dă cele mai bune rezultate mai ales în primele luni ale sarcinei.

Văzută şi bună de imprimat

Preşedintele Tezei, **Prof. Dr. N. Gheorghiu**

Decanul Facultăţii, **Prof. Dr. Thoma Ionescu**

BIBLIOGRAFIE

1. *Angelini.* Congr. chirurg. ital. 1889.
2. *Auvard.* Traité des accouchements.
3. *Bué.* Nord médical 1902.
4. *Bonney.* Proc. of the Roy. Soc. obst 1914.
5. *Böse.* k. u. k. Ges. W. Artzte 1907.
6. *Brac.* Societé d'obst. France 1909.
7. *Barnes.* Traité clinique des mdies des femmes 1882.
8. *Budin.* Traité des accouchements 1898.
9. *Carpentier.* Traité des accouchements 1883.
10. *Chénieux.* Congrés de chir. Paris 1901.
11. *Couvelaire.* Soc. d'obst. et gyn. 1912.
12. *Delbet.* Soc. d'obst et gyn. 1907.
13. *Dambrin.* Bull. Soc. d'obst et gyn. 1920.
15. *Engstrom.* Z. f. Gyn. 1890.
15. *Fourneaux Jordan* British Gyn. Soc. 1904.
16. *Fabre-Trillat.* Bull. Soc. d'obst et Gyn. 1912.
17. *Frühinsholz.* Bull. Soc. d'obst. Gyn. 1922.
18. *Gheorghiu N. Prof.* Cercul de studii genito-urinare 1914.
19. *Gheorghiu N. Prof.* Cercul de studii genito-urinare 1914.
20. *Gomoiu V.-Grigoriu Cr.* Revistă de chirurgie 1915.
21. *Gilles et Gay.* Bull de la Soc. d'obst Gyn. 1920.
22. *Huter E.* Bull. Soc. d'obst. Gyn. 1921.
23. *Lapeyre.* Soc. d'obst. Gyn. 1904.
24. *Lawson. Tait.* Mdies des femmes 1891.
25. *Lepage.* Soc. d'obst. Paris 1909.
26. » Soc. d'obst. gyn. 1904.
27. *Lea.* North. England obst. gyn. 1903.
28. *Massart.* Soc. anatomique 1920.

29. *Morestin.* Soc. chirurgie 1907.
30. *Messa.* La Ginecologia 1912.
31. *Michailis.* Z. f. Gyn. 1914.
32. *Mauton W. P.* Am j. of obst. 1911.
33. *Niebergall.* Corr. Blatt. f. Schw. 1900.
34. *Nepveu.* Ann. gyn. 1875.
35. *Orgler.* Arh. f. gyn. 1901.
36. *Oui.* Soc. obst. France 1911.
37. *Nolting.* Schwangerschaft und Geburt 1884.
38. *Pinard.* Congrès de Gynécologie 1898.
39. » Semaine Médicale 1901.
40. *Polaillon.* Bul, mém. Soc. ch. 1883.
41. *Pozzi.* Traité de gynécologie.
42. *Platon J. C.* Marseille médical 1902.
43. *Rémy.* Thése d'agrègation Paris 1886.
44. *Reuter.* Ovariotomie bei gravidität 1888.
45. *Sorel.* XVIII. Congr. ass. franc. ch.
46. *Spencer H. R.* Surgery. Gyn. Obst. 1909.
47. *Témoin.* Congrés ch. Paris 1896.
48. *Terillon-Valat.* Arch. de tocologie 1888.
49. *Wallich-Mouchotte.* Soc. d'obst. Gyn.
50 *Ribemont-Dessaignes.* Précis d'obst. 6-ème ed.
51. *Turnescu-Bulliard.* Soc. anatomique 1920.
52. *Vanverts-Puech.* VII. Congrés gyn. Lille 1913.
53. *Voron-Bouget.* Bull. Soc. gyn. obst. 1920.
54. *Williams Y.* Am. Journal of Obst. 1884.
55. *Zaharescu-Karaman.* Revista de Ginecologie, Obstetrică și puericultură 1922.